



Le programme RNPC®, une thérapeutique non-médicamenteuse pour la prise en charge des patients atteints de surcharge pondérale

The RNPC® program, a non-medicinal therapy for the management of overweight patients

Odile Fabre (PharmD, PhD), Rémy Legrand

Groupe Ethique et Santé, 100 chemin de l'Aumône Vieille, Actiburo 1, Bât. A, 13400 Aubagne
remy.legrand@ge-sante.fr

Résumé

Ces dernières années, de nombreux travaux de recherche ont montré que la répartition des graisses au niveau du corps, plus que leur quantité totale, permettait d'estimer de façon plus fiable les risques liés à l'excès de poids. Les graisses localisées dans la cavité abdominale sont notamment particulièrement néfastes pour la santé. En effet, le tissu adipeux intra-abdominal (ou viscéral) est aujourd'hui reconnu comme un véritable tissu paracrine et endocrine qui sécrète de façon continue des molécules potentiellement toxiques pour notre organisme car impliquées dans la genèse de nombreuses pathologies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et le cancer. La circonférence abdominale est fortement corrélée à la proportion de tissu adipeux viscéral. Le fait que même des personnes ayant un indice de masse corporelle (IMC) normal voient leur risque de mortalité accru à cause d'un périmètre abdominal élevé devrait fortement encourager les médecins à mesurer le tour de taille de tous leurs patients en plus de calculer leur IMC.

Concernant la prise en charge de la surcharge pondérale, les médecins français avouent manquer de temps lors d'une consultation ainsi que d'expertise en matière de diététique. Les centres RNPC® répondent en tous points aux besoins des médecins en leur offrant comme alternative de recommander le programme RNPC®, spécifiquement conçu pour des patients que leur surpoids ou leur obésité expose à un risque cardiométabolique majeur.

Mots-clés

Surcharge pondérale ; Tissu adipeux viscéral ; Sécrétion adipocytaire ; Perte de poids ; Stabilisation pondérale

Abstract

These last years, many research studies have shown that the distribution of body fat, more than the total amount, enabled to undertake a more reliable assessment of overweight-associated risks. Fats located in the abdominal cavity are particularly detrimental to health. In fact, intra-abdominal (or visceral) adipose tissue is today recognized as a true paracrine and endocrine tissue that continuously secretes molecules potentially toxic for our organism because involved in the genesis of many chronic pathologies such as cardiovascular diseases, type 2 diabetes and cancer. Abdominal circumference is highly correlated with the proportion of visceral adipose tissue. The fact that even people with normal body mass index (BMI).

Have an increased mortality risk due to their high abdominal perimeter should strongly encourage physicians to measure waist circumference in all their patients in addition to calculating their BMI. Regarding overweight management, French physicians admit lacking time during a consultation as well as expertise in dietetics. The RNPC® centers fully meet physicians' needs by offering them the alternative to recommend the RNPC® program, specifically designed for patients that their overweight or obesity expose to a major cardiometabolic risk.

Keywords

Excess weight; Visceral adipose tissue; Adipocyte secretion; Weight loss; Weight management.



L'adiposité viscérale, le véritable fléau

L'obésité, définie par un excès de graisses ayant un impact défavorable sur la santé des individus, est une priorité de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en termes de prévention et de prise en charge. Or, la distribution régionale des graisses constitue une variable d'une importance capitale dans l'évaluation du risque que la surcharge pondérale constitue pour la santé, les propriétés intrinsèques et la régulation du fonctionnement des cellules adipeuses (adipogenèse, lipogenèse/lipolyse, profil sécrétoire) différant en fonction de leur localisation, intra-abdominale (viscérale) ou périphérique (sous-cutanée). En effet, au-delà de ses rôles de stockage des lipides neutres et de source d'acides gras, qui en font la plus grande réserve d'énergie de l'organisme, le tissu adipeux est une véritable glande sécrétrice de nombreuses molécules, les adipokines. Ce sont précisément ces adipokines, libérées en grande quantité par les adipocytes viscéraux au niveau local et systémique, qui constituent le lien moléculaire entre l'obésité et la plupart des complications qui y sont associées. Elles sont notamment impliquées dans la régulation de la pression artérielle (angiotensine 2) et de la fibrinolyse (PAI-1), le développement de l'insulinorésistance (résistine), l'homéostasie énergétique (acides gras libres, LDL-cholestérol) et l'inflammation (TNF α , IL-6, IL-1 β , facteurs du complément), favorisant ainsi le développement des maladies cardiovasculaires (angor, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, etc.), du diabète de type 2 et des stéatopathies hépatiques.

Plus que l'IMC, c'est le tour de taille qu'il faut mesurer

L'OMS recommande l'utilisation de l'indice de masse corporelle (IMC) pour étudier la corpulence des populations au niveau mondial. Cependant, l'IMC est un indicateur qui présente des limites en ne prenant pas en compte de nombreux facteurs dont la répartition du tissu adipeux, qui peut être très différente d'un individu à l'autre. Dans une étude réalisée en 2016 à partir des données anthropométriques issues de la cohorte française Constance (28 895 participants âgés de 30 à 69 ans), la prévalence du surpoids (IMC ≥ 25 et < 30 kg/m²) était de 41,0 % et 25,3 %, respectivement, chez les hommes et les femmes, tandis que celle de l'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) était de 15,8 % pour les hommes et de 15,6 % pour les femmes. En revanche, la prévalence de l'obésité abdominale, définie selon l'*International Diabetes Federation* (IDF) par un tour de taille ≥ 94 cm pour les hommes et ≥ 80 cm pour les femmes [1], était de 41,6 % et 48,5 % respectivement chez les hommes et les femmes [2]. Or, en comparant des sujets de même IMC, les auteurs du volet obésité de l'étude européenne EPIC (pour *European Prospective Investigation into Cancer and nutrition* ; 359 387 participants d'âge moyen 51 ans, suivis pendant 9,7 ans) ont mis en évidence une corrélation linéaire entre tour de taille et risque de décès, chaque augmentation de 5 cm du tour de taille multipliant le risque de décès par un facteur 1,17 chez les hommes, et 1,13 chez les femmes [3]. D'autre part, les résultats de l'étude NHANES aux Etats-Unis ont montré que 23,9 % des individus en insuffisance pondérale et 30,8 % de ceux de poids normal présentaient des facteurs de risque cardiométaboliques [4], suggérant que l'utilisation de l'IMC pris isolément comme indicateur de santé conduit souvent à une sous-estimation du risque cardiométabolique d'une population. Ainsi, au-delà du maintien d'un poids « normal », le maintien d'un périmètre abdominal en-dessous des valeurs-seuils définies par l'IDF et recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS) [5] devrait être la pierre angulaire dans la prévention des maladies chroniques et d'une mort prématurée. De surcroît, sa mesure reste une méthode de dépistage simple et peu coûteuse ; un simple mètre-ruban suffit.

Les bénéfices de la perte de poids sur les comorbidités associées à la surcharge pondérale

Toutes les recommandations nationales et internationales recommandent d'appliquer des mesures hygiéno-diététiques en 1^{re} intention dans la prise en charge des patients à haut risque cardiométabolique [6], l'objectif premier étant la perte de poids. En effet, d'après les recommandations du *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) [7] et du *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI) [8], une perte de poids, même modeste (soit 5 % à 10 % du poids initial), et soutenue :

- ▶ améliore le profil glucidique et lipidique ;
- ▶ diminue le risque d'apparition du diabète de type 2 ;
- ▶ réduit le handicap lié à l'arthrose ;
- ▶ réduit la mortalité toutes causes confondues, la mortalité par cancer et la mortalité par diabète dans certains groupes de patients ;
- ▶ diminue la pression sanguine ;
- ▶ améliore les capacités respiratoires des patients avec ou sans asthme.



Le réseau RNPC®, la réunion de différentes expertises au service de la santé des patients en surcharge pondérale

Selon une enquête réalisée auprès des médecins généralistes [9], 90 % d'entre eux considèrent que la surcharge pondérale nécessite une prise en charge sur le long terme et 79 % déclarent qu'il est de leur ressort de prendre en charge les patients en surpoids ou obèses. Cependant, 60 % des médecins interrogés regrettent leur manque d'efficacité, et 80 % estiment manquer de formation dans le domaine de la diététique. C'est sur l'ensemble de ces constats qu'a été mis en place le réseau RNPC® (pour Rééducation Nutritionnelle et Psycho-Comportementale), créé en 2006 par la société Groupe Ethique et Santé, et dont les 59 centres répartis sur le territoire français ont déjà pris en charge plus de 24 000 patients [10]. Les Centres RNPC® ne prennent en charge que des patients présentant un risque élevé de développer des pathologies cardiométaboliques, soit un tour de taille ≥ 94 cm pour les hommes et ≥ 80 cm pour les femmes, associés ou non à une surcharge pondérale, pour qui la perte de poids représente un enjeu de santé. Le suivi du programme RNPC® est exclusivement placé sous l'autorité des médecins (médecin traitant et médecins correspondants, le cas échéant), qui sont tenus informés tout au long du programme, de façon permanente et régulière, de l'évolution de la prise en charge de leur patient. Ainsi, l'activité du réseau RNPC® n'est pas concurrente mais complémentaire à celle des médecins.

Le programme RNPC®, pour une perte de poids rapide et durable en toute sécurité

Le programme RNPC® répond aux recommandations de l'OMS et de toutes les sociétés savantes en matière de prise en charge du surpoids et de l'obésité afin d'obtenir une perte de poids conséquente suivie d'une stabilisation pondérale durable. Il a notamment été validé par un comité de pilotage scientifique présidé par le Pr Arne V. Astrup, un des plus grands spécialistes de l'obésité et de la nutrition humaine, et composé de médecins représentant l'ensemble des différentes spécialités confrontées aux comorbidités associées à la surcharge pondérale (généralistes, cardiologues, diabétologues, endocrinologues, pneumologues, rhumatologues, chirurgiens orthopédiques et néphrologues) [11]. En pratique, le rationnel du programme RNPC® est entièrement basé sur des preuves scientifiques solides, et en particulier sur le protocole clinique et les résultats de l'étude DIOgenes (pour *Diet, Obesity and Genes*) [12], à savoir :

- ▶ une phase d'amaigrissement durant laquelle les apports alimentaires sont restreints et répartis de façon optimale entre les différents macronutriments (protéines, glucides et lipides) afin d'obtenir une perte de poids rapide, sans faim et sans fatigue, ce qui contribue à une bien meilleure observance et adhésion au programme ;
- ▶ une phase de stabilisation spécifiquement établie pour chaque patient, lui permettant un retour progressif à son équilibre alimentaire ;
- ▶ une phase d'équilibre alimentaire.

Chaque patient, obligatoirement adressé au Centre RNPC® par son médecin (généraliste ou spécialiste), est suivi tous les 15 jours par un diététicien diplômé d'Etat durant l'intégralité du programme.

En termes de résultats, des statistiques internes ont révélé que sur toute la durée du programme, les hommes ($n=1072$; âge moyen 54 ans) ont perdu en moyenne 16 kg (soit 15,2 % de leur poids corporel initial), correspondant à 5 points d'IMC et 17 cm de circonférence abdominale. Ce poids a été stabilisé sur une moyenne de 262 jours avant le retour à l'équilibre alimentaire. Concernant les femmes ($n=3133$; âge moyen 53 ans), elles ont perdu en moyenne 13 kg (soit 15,4 % de leur poids corporel initial), correspondant à 5 points d'IMC et 14 cm de circonférence abdominale. Ce poids a été stabilisé sur une moyenne de 292 jours avant le retour à l'équilibre alimentaire. En guise de comparaison, une étude australienne a montré que des individus suivant le régime Weight Watchers® obtenaient une perte de poids moyenne de 5,06 kg en 1 an de régime [13]. La reprise ou une augmentation de l'activité physique est quant à elle, préconisée à chaque visite du patient au Centre RNPC® par le diététicien. Celle-ci est facilitée grâce à l'accord de partenariat passé par Groupe Ethique et Santé avec la Fédération Française « Sports pour Tous » (3100 structures affiliées regroupant 5000 animateurs qualifiés et diplômés), permettant aux patients suivant le programme RNPC® de reprendre une activité adaptée à leur condition physique et à leurs pathologies.



Références

1. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome [Internet]. Brussels: IDF; 2006. Available from www.idf.org/e-library/consensus-statements/60-idfconsensus-worldwide-definition-of-the-metabolic-syndrome
2. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL, Carette C, Ozguler A. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardiométaboliques dans la cohorte Constances. *Bull Epidemiol Hebd* 2016;(35-36):640-6.
3. Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, et al. General and Abdominal Adiposity and Risk of Death in Europe. *N Engl J Med* 2008;359:2105-20.
4. Tomiyama AJ, Hunger JM, Nguyen-Cuu J, Wells C. Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005-2012. *Int J Obes (Lond)* 2016;40(5):883-6.
5. Haute Autorité de santé. Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. Recommandation de bonne pratique [Internet]. Paris: HAS ; 2011. Available from www.hassante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1100743
6. Pritchett AM, Foreyt JP, Mann DL. Treatment of the metabolic syndrome: the impact of lifestyle modification. *Curr Atheros Rep* 2005;7:95-102.
7. National Heart, Lung, and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults [Internet]. Bethesda: NIH; 1998. Available from www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf
8. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity. A national clinical guideline [Internet]. Edinburgh: SIGN; 2010. Available from www.sign.ac.uk/assets/sign115.pdf
9. Bocquier A, Verger P, Basdevant A, et al. Overweight and obesity: knowledge, attitudes, and practices of general practitioners in France. *Obes Res* 2005;13(4):787-95.
10. www.rnpc.fr/presentation-de-rnpc-2/
11. www.rnpc.fr/comite-de-pilotage-scientifique-rnpc/
12. Larsen TM, Dalskov SM, van Baak M. Diets with High or Low Protein Content and Glycemic Index for Weight-Loss Maintenance. *N Engl J Med* 2010;363:2102-13.

Lien d'intérêt :

Odile Fabre est pharmacien responsable, chef de projet chez Groupe Ethique et Santé.
Rémy Legrand est président-fondateur de Groupe Ethique et Santé.